

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

1959
Année 1958

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

PARRET Roger Léon Désiré

né le 16 mai 1927 à Bussières près Pionsat (Puy-de-Dôme)

Présentée et soutenue publiquement le 29 - 1 - 1959

SUR QUELQUES CAS
DE NAEVO-CARCINOMES

Président : M. DEGOS, Professeur.

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Année 1958

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

PARRET Roger Léon Désiré

né le 16 mai 1927 à Bussières près Pionsat (Puy-de-Dôme)

Présentée et soutenue publiquement le 19

SUR QUELQUES CAS DE NAEVO-CARCINOMES

Président : M. DEGOS, Professeur.

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS



15-3-58

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Bénard (H.), Brocq (P.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (Et.), Champy (C.), Chevallier (P.), Debré (R.), Donzelot (E.), Gastinel (P.), Guillaïn (G.), Halphen (E.), Harvier (P.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Laubry (Ch.), Lemaître (F.), Lévy-Solal (E.), Lhermitte (J.), Lian (C.), Loeper (M.), Marion (G.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Mulon (P.), Olivier (E.), Richet (Ch.), Strohl (A.), Tanon (L.), Velter (E.).

DOYEN Léon BINET

Membre de l'Institut

ASSESEUR Jean VERNE

I. — PROFESSEURS

Anatomie Cordier (G.)
Anatomie pathologique Delarue (A.)
Anesthésiologie Baumann (J.)
Bactériologie Fasquelle (R.)
Biochimie médicale Jayle (M.F.)
Biologie appliquée à l'Education physique et
aux Sports Chailley-Bert (P.)
Biologie médicale Fauvert (R.)
Cancérologie médicale et sociale Bernard (J.)
Clinique carcinologique Redon (H.)
Clinique de cardiologie Mouquin (M.)
Cliniques chirurgicales Beaujon Sicard (A.)
Cochin Quénu (J.)
Hôtel-Dieu Ménégaux (G.)
Salpêtrière Moulonguet (P.)
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopé-
dique Merle d'Aubigné (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire de Gaudart-d'Allaines (F.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédie Fèvre (M.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire Mathey (J.)
Clinique génétique médicale Lamy (M.)
Clinique gynécologique Funck-Brentano (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques Degos (R.)

Clinique des maladies des enfants	Cathala (J.)
Clinique des maladies infectieuses	Mollaret (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	Delay (J.)
Clinique des maladies métaboliques	Hamburger (J.)
Clinique des maladies du sang	Marchal (G.)
Clinique des maladies du système nerveux	Alajouanine (T.)
Cliniques médicales	Bichat Justin-Besançon (L.)
	Broussais De Gennes (L.)
	Cochin Moreau (R.)
	Hôtel-Dieu Bariéty (M.)
Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique	Debray (C.)
Clinique médicale propédeutique	Palteur Valléry-Radot (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition	Boulin (R.)
Clinique de neuro-chirurgie	Petit-Dutaillis (D.)
Cliniques obstétricales	Baudelocque Lacomme (M.)
	Port-Royal Varangot (J.)
	Tarnier Lantuéjoul (P.)
Clinique ophtalmologique	Renard (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	Aubin (A.)
Clinique de pédiatrie Sociale	Marie (J.)
Clinique de pneumo-phthisiologie	Bernard (E.)
Clinique psychiatrique infantile	Michaux (L.)
Clinique de puériculture	Lelong (M.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale	Coste (F.)
Clinique stomatologique	Dechaume (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale	Senèque (J.)
Clinique thérapeutique médicale	Lemaire (A.)
Clinique urologique	Fey (B.)
Electrophysiologie médicale (chaire à titre personnel)	Djourno (A.)
Embryologie	Giroud (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	Soulié (P.)
Histologie	Verne (J.)
Hygiène et clinique de la première enfance	Turpin (R.)
Hygiène et médecine préventive	Jcannon (C.)
Médecine légale	Piedelièvre (R.)
Médecine du Travail	Desoille (H.)
Parasitologie	Gilliard (H.)
Pathologie chirurgicale	Couvelaire (R.)
Pathologie exotique	Lavier (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	Lenègre (G.)
Pathologie humorale et immunologie expérimentale (chaire à titre personnel)	Merklen (F.)
Pathologie médicale	Decourt (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	Garcin (J.)
Pharmacologie et matière médicale	Cheyrol (J.)
Physiologie	Binet (L.)
Physique médicale	Dognon (A.)

Radiologie médicale	Desgrez (H.)
Technique chirurgicale	Patel (J.)
Thérapeutique	Brouet (G.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

Anatomie	Delmas (A.) pr. s. ch. Cabrol (C.) Debeyre (J.) Olivier (G.)
Anatomie pathologique	Gauthier-Villars (Mlle P.) pr. s. ch. Busser (E.) Gouygou (Ch.)
Anesthésiologie	N... N...
Bactériologie	Hauduroy (P.) pr. s. ch. (dét.) Névoit (A.) pr. s. ch. Christol (D.) Tournier (P.) Barbier (P.)
Biochimie médicale	Ettori (J.) pr. s. ch. (dét.) Desgrez (P.) pr. s. ch. Polonovski (J.) Schapira (G.)
Biologie médicale	Bourlière (F.)
Carcinologie	N... N...
Dermato-Syphiligraphie	Duperrat (B.)
Electro-Radiologie	N...
Embryologie	Tuchmann-Duplessis (H.)
Hématologie	N... N...
Histologie	Coujard (R.) pr. s. ch. N... N...
Hydrologie	Cornet (A.)
Hygiène	Boyer (J.) pr. s. ch. Deparis (M.) pr. s. ch.
Maladies infectieuses	Bastin (R.)

Médecine légale	Derobert (L.) pr. s. ch. Gaultier (M.) Hadengue (A.)
Médecine du travail	Albahary (C.)
Neuro-chirurgie	David (M.)
Neurologie	Lhermitte (F.)
Obstétrique	Grasset (J.) Le Lorier (G.) Lepage (F.) Merger (R.) Morin (P.) Ravina (J.) Robey (M.)
Ophtalmologie	Brégeat (P.) Desvignes (P.)
Orhopédie	Judet (R.)
Oto-rhino-laryngologie	Aubry (M.) Maduro (R.)
Parasitologie	Brumpt (L.C.) pr. s. ch. Chabaud (A.)
Pathologie chirurgicale	Rudler (J.) pr. s. ch. (dét.) Aboulker (P.) Barcat (J.) Cauchoix (J.) Dubost (C.) Faurel (J.) Flabeau (F.) Germain (A.) Gosset (J.) Laurence (G.) Lortat-Jacob (J.) Olivier (Cl.) Poilleux (F.) Thomeret (G.) Verne (J.M.) N... N...
Pathologie expérimentale	Loeper (J.) Maurice (P.)
Pathologie médicale	Haguenau (J.) pr. s. ch. Boudin (G.) Bouvier (J.B.) Bricaire (H.)

Brissaud (H.)
 Castaigne (P.)
 Conte (M.)
 Derot (M.)
 Domart (A.)
 Lamotte (M.)
 Laroche (C.P.)
 Macrez (Cl.)
 Milliez (P.)
 Péquignot (H.)
 Rambert (F.)
 Royer (P.)
 Thieffry (St.)
 Turiaf (J.)
 Wolf fromm (R.)
 N...
 N...

Pédiatrie Joseph (R.)
 Nozziconacci (P.)
 Polonovsky (Cl.)

Pharmacologie Levy (Mlle J.) pr. s. ch.
 N...

Physiologie Barjeton (D.) pr. s. ch.
 Porrot (J.) pr. s. ch.
 Dejours (P.)

Physique médicale Gougerot (L.)
 N...

Pneumo-Phtisiologie Kreis (B.)

Psychiatrie Pichot (P.)

Psychiatrie infantile N...

Rhumatologie Delbarre (F.)

Stomatologie Cernéa (P.)
 Chaput (Mme A.)

Thérapeutique Chassagne (P.)
 Perrault (M.)

Urologie Kuss (R.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES
CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.

Clinique chirurgicale	Ameline (A.) Hugier (J.) Léger (L.) Padovani (P.) Roux (M.)
Clinique médicale	Dreyfus (Gilbert) Kourilsky (R.)
Clinique neurologique	De Sèze (S.)
Clinique obstétricale	Mayer (M.)
Clinique ophtalmologique	Offret (G.)
Clinique pédiatrique	Laplane (R.)
Clinique psychiatrique	Baruk (H.)



Secrétaire général de la Faculté	M. Morel (J.)
Secrétaire	Mlle Chaintreuil (G.)



Conservateur, chargé de la direction	M. le Dr Hahn (A.)
Conservateurs	Milles Dumaitre (P.), Goichon (A.-M.)
Bibliothécaires	Mme Contet (J.), Milles Laurent (H.), Le Noir (G.) Quiévreux (E.)

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE DUPERRAT

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

qui a bien voulu contrôler la rédaction
de ce travail et en revoir toute la par-
tie histologique. Nous le prions d'agréer
nos remerciements.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PIERRE VERMENOUE

Médecin du Service de Dermatologie à l'Hôpital d'Aurillac

qui nous a donné le sujet de ce travail
et nous a guidé au cours de son élabor-
ation. Qu'il veuille bien trouver ici le
témoignage de notre profonde gratitu-
de et de notre très vive reconnaissance

A MESSIEURS les MEDECINS de L'HOPITAL D'AURILLAC

en remerciement de leur accueil et des
conseils qu'ils nous ont donnés.

A notre PRESIDENT de THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR R. DEGOS
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis
Professeur de Clinique Dermatologique
à la Faculté de Médecine de Paris,

qui nous a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.
En remerciement et hommage respec-
tueux.

A MES PARENTS

En hommage de profonde affection et
de reconnaissance.

A MA FEMME

A MA SŒUR

A TOUS LES MIENS

SUR QUELQUES CAS DE NAEVO-CARCINOMES



Ce travail rassemble les observations de 12 cas de naevo-carcinomes cutanés, qui ont été opérés de 1950 à 1958 par le Docteur Pierre VERMENOUEZ, dermatologiste à Aurillac.

Il montre essentiellement que le pronostic classiquement si pessimiste, si défavorable, des naevo-carcinomes peut être révisé, puisque sur nos 12 malades, 3 seulement sont décédés de récidence ou métastase (un quatrième est décédé d'une cause inconnue).



NOTRE STATISTIQUE DES TUMEURS CUTANÉES



De 1950 à 1958 nous avons traité 270 tumeurs malignes de la peau, ainsi réparties :

Epithéliomas	252
Naevocarcinomes	12
Fibrosarcomes de Darier-Ferrand	4
Chondrosarcome	1
Lymphocytome malin	1

270

Cette statistique appelle les remarques suivantes :

☛ 1° - Par épithéliomas nous entendons non seulement les variétés classiques d'épithéliomas spino-cellulaire, baso-cellulaire et intermédiaire, mais aussi plusieurs cas de maladie de Bowen, des érythroplasies, un cas de Maladie de Paget du sein et un cas exceptionnel de Maladie de Paget de la vulve qui a été publié à la Société Française de Dermatologie (1) et qui a fait l'objet de la Thèse inaugurale du Dr Jean Chalier (2).

☛ 2° - Toutes nos tumeurs cutanées ont été contrôlées histologiquement par M. le Professeur Agrégé Duperrat, ce qui

(1) Société française de Dermatologie - Séance du 13-12-1951 - Bulletin n° 5 - 1951 - P. Vermeuouse - Maladie de Paget de la vulve.

(2) Jean Chalier - La Maladie de Paget de la vulve. Thèse Toulouse 1954.

assure l'homogénéité de notre statistique et de nos comptes rendus histologiques.

3° - Cette statistique pêche par défaut :

A) - D'une part, parce que certaines tumeurs malignes ont pu être omises, en particulier celles opérées à l'Hôpital d'Aurillac, mais dans tous ces cas il s'agissait alors d'épithéliomas et jamais de naevo-carcinome.

B - D'autre part, parce que nous avons uniquement décompté les fiches nominatives des malades opérés de tumeurs malignes alors que plusieurs de ces malades ont été opérés à plusieurs reprises de lésions cutanées dont la nature tumorale maligne a été vérifiée histologiquement ou était cliniquement avérée.

Il en était ainsi par exemple :

a) De Mlle J. née en 1886, qui a été opérée en mars 1954 d'un épithélioma spino-cellulaire de la joue droite vérifié histologiquement ; en juin 1954 d'un épithélioma de la partie droite de la lèvre supérieure ; et en mai 1958 d'un épithélioma de la partie droite de la lèvre inférieure.

b) De M. S. né en 1878, opéré en 1957 d'un épithélioma spino-cellulaire du pouce gauche et d'une maladie de Bowen de la main droite, en fin d'année 1957 de deux lésions néoplasiques du dos des mains, en 1958 enfin d'une volumineuse tumeur de la joue gauche dont l'histologie a montré qu'elle était un lymphocytome malin.

Ces tumeurs malignes multiples souvent associées à de nombreuses crasses séniles ou autres lésions suspectes et nécessitant surveillance, posent d'ailleurs le problème du terrain précancéreux et pourraient justifier une étude ultérieure d'ensemble.

Notre statistique n'est donc pas exactement superposable à celle publiée par M. le Docteur Roux, dermatologiste de l'Hôpital de Limoges, qui a colligé sur 400 cas de tumeurs malignes :

Epithéliomas	396
Naevo-carcinomes	3
Sarcome	1

cela dans une population très voisine de la nôtre, comportant également une grande proportion de paysans vivant au grand air, ayant une nourriture et des habitudes de vie très voisines des nôtres, ce qui prouve, soit dit en passant, la relativité des statistiques et la nécessité de ne les envisager que pour un grand nombre de cas.



QUELLE CONDUITE NOUS TENONS DEVANT UN SUJET SUSPECT DE NAEVO-CARCINOME



❧ 1° - Il faut d'abord reconnaître que le diagnostic s'impose cliniquement dans la majorité des cas et qu'ainsi on peut mettre en œuvre une technique relativement précise.

❧ 2° - Nous avons toujours considéré un naevo-carcinome comme une urgence. Tout sujet suspect de cette lésion a été opéré dans les 24 heures, le jour même si possible, le lendemain au plus tard s'il fallait le mettre à jeun pour une anesthésie générale.

❧ 3° - Nous avons opéré le plus grand nombre de nos malades à l'anesthésie locale en utilisant la solution non adrénalinée de Xylocaïne à 2 %, cela dans tous les cas où la tumeur était :

1) De petite taille.

2) Facilement clivable sur le plan profond, c'est-à-dire dans tous les cas où l'on avait la certitude d'infiltrer les plans cutanés à distance, sans infiltrer la tumeur elle-même et sans rompre les barrières lymphatiques.

❧ 4° - Mais dans tous les cas où la tumeur était volumineuse et paraissait difficile à dissocier des plans profonds, nous avons systématiquement fait appel à l'anesthésie gé-

nérale donnée par voie Intra-Veineuse. Cette ligne de conduite ne nous a pas amené à abuser de l'anesthésie générale que nous n'avons employée indûment que dans deux circonstances :

a) pour un sujet de 50 ans qui avait dans le dos une énorme tumeur ulcérée haute de 8 cm, large de 6 cm, qui était cliniquement un épithélioma mais dont le malade affirmait qu'elle était apparue sur une « verrue » dont il était depuis longtemps porteur.

La pièce enlevée en bloc en passant en tissu sain a été examinée par M. le Docteur Duperrat qui n'a trouvé qu'un épithélioma Baso-cellulaire. De toute façon, d'ailleurs, le volume de la tumeur aurait rendu presque impossible son extirpation à l'anesthésie locale.

b) pour un jeune homme de 18 ans qui nous a été adressé pour une tumeur brun violacée du bord cubital de la main droite accompagnée d'une importante adénopathie axillaire faite de ganglions très gros, très durs, sans péri-adénite. Le médecin traitant qui envoyait ce jeune homme nous signalait que la tumeur de la main était secondaire à une « verrue » existant bien auparavant.

Nous avons donc procédé à une ablation large sous anesthésie générale et c'est M. le Docteur Duperrat qui a rectifié le diagnostic en constatant les lésions histologiques d'un « nodule des Trayeurs » à l'exclusion de toute possibilité de naevo-carcinome sur la pièce minutieusement examinée.

Nous devons voir d'ailleurs quelques semaines plus tard, une jeune fille de la même contrée atteinte d'une tumeur de la main de même teinte brun violet avec également une très volumineuse adénopathie multiple, dure, indolente, de l'aisselle. Nous avons porté cliniquement le diagnostic « Nodule des Trayeurs », diagnostic qui a été confirmé par l'examen histologique de M. le Docteur Duperrat.

Si nous insistons sur ces deux cas de nodule des Trayeurs qui n'ont aucun rapport avec les naevo-carcinomes c'est :

— d'une part, parce que le diagnostic clinique a pu se poser,

— d'autre part, pour signaler l'importance de l'adénopathie : volumineuse, multiple, très indurée, indolente, que nous avons constatée dans les deux cas, ce qui semble en contradiction avec plusieurs publications qui insistaient jusqu'à maintenant sur la discrétion ou l'absence de la réaction ganglionnaire dans cette affection.

■ 5° - Notre technique opératoire a été très simple :

a) Désinfection très large du champ opératoire avec alcool à 90°.

Dans tous les cas où la limite de la zone malade à enlever doit être nettement précisée et risquerait d'être estompée par l'infiltration anesthésique, nous circonscrivons la zone à exciser par une application de teinture d'iode pure.

b) Nous employons dans tous les cas l'électro-coagulation bipolaire.

c) Nous passons très franchement en tissu sain tant à la périphérie qu'en profondeur enlevant toujours la tumeur en un seul bloc en coupant à 2 cm de ses limites apparentes et en allant en profondeur jusqu'au plan musculaire.

Après cette ablation, nous faisons encore une électro-coagulation soigneuse et prolongée de la périphérie et de la profondeur.

d) Après ablation de la tumeur nous faisons un pansement simple avec pommade Ektogan, compresse stérile et leucoplaste.

Ce pansement est renouvelé tous les jours jusqu'à cicatrisation complète.

La pommade Ektogan qui doit être mise en grande abondance nous paraît agir, non seulement par son effet oxydant et donc antiseptique, mais aussi par sa masse : elle freine la cicatrisation, évite la production de proliférations charnues et si elle ralentit de quelques jours la cicatrisation, elle évite le bourgeonnement de telle sorte que devant plusieurs centaines de tumeurs cutanées malignes ou bénignes que nous avons opérées, nous n'avons jamais été obligé de nitrater les plaies et que, d'autre part, nous avons toujours eu des cicatrices remarquables par leur qualité, leur souplesse, leur caractère habituellement linéaire, et leur discrétion.

❧ 6° - Les aires ganglionnaires satellites sont naturellement examinées avec le plus grand soin et à plusieurs reprises. Nous observons à leur sujet la conduite suivante :

a) Il n'y a pas d'adénopathies.

Nous ne demandons aucun curage ganglionnaire systématique et nous nous contentons de faire suivre le malade par son médecin traitant au moins trois fois par an, nous réservant bien entendu d'intervenir si une adénopathie apparaissait. Cela n'est survenu qu'une seule fois :

Une dame opérée en octobre 1950 d'un naevo-carcinome de la pommette droite, montre en avril 1951, une adénopathie préauriculaire pour laquelle nous avons demandé conseil à M. le Professeur Degos. Le ganglion a été enlevé et vérifié naevo-carcinomateux.

Cette ablation a été suivie de radiothérapie très intensive et notre malade est actuellement en parfait état (observation n° II).

b) Dans tous les cas où une adénopathie a été cliniquement perceptible, que les ganglions soient très indurés ou d'apparence banale, nous avons fait procéder, après les

trois semaines pendant lesquelles il est classique d'attendre, à un curage ganglionnaire.

Cela s'est produit dans 4 cas :

Pour deux malades les ganglions étaient indemnes. (Observations n° IV et n° V) ;

Pour les deux autres, il y avait atteinte ganglionnaire. Ainsi :

1° Mme M. (Observation n° III) opérée en 1953, à l'âge de 32 ans d'un naevo-carcinome du cou de pied droit a eu un évidement inguinal pratiqué par M. le Professeur Redon. L'histologie a montré la prise d'un seul ganglion.

En 1958, cette dame a dû être opérée de récurrence ganglionnaire et elle vient de décéder quelques mois après la seconde intervention.

2° - Monsieur B. (Observation n° VIII) a eu très rapidement des métastases ganglionnaires qui ont été opérées. Il est décédé dans les mois suivants de métastase cérébrale.

Ces deux cas où l'atteinte ganglionnaire était avérée dès le premier examen ont donc eu l'évolution la plus fâcheuse l'un d'eux toutefois après 5 ans de survie. Comme il était aisé de le prévoir, la constatation d'emblée de métastases ganglionnaires est donc un élément très pessimiste de pronostic.



OBSERVATIONS



OBSERVATION N° I

Madame S. Catherine, née en 1874, est vue le 28 mai 1950, adressée par M. le Docteur Jean Lagarde, d'Aurillac, pour une prolifération saignottante très limitée sur une plaque mélanique du bord radial du poignet droit. Cette plaque est enlevée en totalité à l'électro-coagulation. Le Dr Duperrat nous répond (n° 20 190) : « Il s'agit d'un cas exceptionnel d'épithélioma mixte fuso-cellulaire développé sur un naevus mélanique. La tumeur paraît largement extirpée ».

Le 22 septembre 1952, nous revoyons Madame S. qui, entre temps, a été suivie, par son médecin, lequel n'a jamais constaté d'adénopathie. Elle a une petite prolifération dure au voisinage de la cicatrice opératoire. Nous enlevons la lésion largement à l'électrocoagulation. Réponse du Dr Duperrat : « La coupe (n° 35 952) a été comparée avec la précédente. Il s'agit d'une métastase, soit dans un ganglion; soit dans un tronc lymphatique. On ne trouve plus de globes cornés. La métastase est faite uniquement de cellules naeviques plus ou moins pigmentées. Evolution sur le mode naevo-carcinomateux ».

Madame S. a été revue régulièrement. Jamais il n'a été constaté d'adénopathie suspecte. Mais récurrence locale en avril 1953, opérée largement et enlevée à nouveau à l'électro-coagulation. Radiothérapie locale intensive.

Depuis lors, guérison locale complète. Pas d'adénopathie suspecte.

La malade, vue récemment, à 84 ans, est en très bon état local et général.

A noter que le 10 février 1956, elle a été opérée d'un petit épithélioma de la joue gauche.

Le cas de Mme S. a fait l'objet d'une communication à la Société française de Dermatologie, le 13 janvier 1955, après une communication de MM. R. Degos, A. Carteaud et J. Hewitt sur la « Coexistence dans la même tumeur d'un naevo-carcinome et d'une hyperplasie épithéliale (épithélioma spino-cellulaire associé ou hyperplasie pseudo-épithéliomateuse) ». Nous reproduisons le texte de notre communication personnelle (1) « A propos de l'observation de M. Degos et de ses collaborateurs, nous voulons signaler un cas identique, qui pose les mêmes problèmes :

Mme S., 76 ans, présente sur la face antérieure du poignet droit, une tache mélanique de 4×6 cm, sur la partie externe de laquelle s'est développée une prolifération bourgeonnante saignante.

Extirpation large le 28 mai 1950. La coupe montre, d'une part, une grande lentigine type mélanose de Dubreuilh, et d'autre part, une prolifération malpighienne qui envoie dans la profondeur des prolongements anarchiques parfois centrés par un globe corné. Un peu plus loin se trouvent des cellules fusiformes disposées sans ordre, dont il est impossible de dire si elles proviennent ou non des prolongements malpighiens.

Or deux ans plus tard, apparaît, au-dessus de la cicatrice, un gros nodule rond et dur.

La coupe montre une métastase intra-lymphatique. Cette métastase est pigmentée, faite de cellules fusiformes ou polymorphes, de type naevique, sans aucun pont d'union.

Une deuxième récurrence nodulaire analogue est apparue six mois après. Elle fut encore extirpée. Puis on fit une radiothérapie massive. La vieille dame allait bien, le 5 juin 1954.

(1) Société française de Dermatologie. Séance du 13-1-1955 - Bulletin 1955 n° 1 p. 8 - Duperrat et Vermeuouse. Epithélioma spino cellulaire et naevo-carcinome associés.

Il y a pour expliquer ce cas, trois hypothèses :

a) ou bien coexistence d'épithélioma épidermoïde et de naevo-carcinome (sans qu'on sache lequel a commencé) ;

b) ou bien réaction végétante épithéliomatiforme de la peau au contact du naevo-carcinome ;

c) ou bien tumeur mélanique d'origine épidermique (?) donnant à la fois des boyaux épidermoïdes et des nappes naevo-carcinomateuses.

Ce problème semble, pour le moment, insoluble ».

OBSERVATION N° II

Madame C. Marie, née en 1893, est vue le 12 octobre 1950 pour une tache noire de la pommette droite, de 3 cm de diamètre. Cette tache s'est accrue depuis un an et sa partie supérieure s'est surélevée, a bourgeonné et a saigné à deux reprises. Toute la tumeur est entourée d'une petite aréole rouge. L'indolence est totale.

Après infiltration périphérique et sous-jacente à distance, la tumeur est enlevée par électro-coagulation et la pièce est adressée à M. le Professeur Duperrat qui nous répond : « Naevo-carcinome. Le derme est largement envahi par des thèques compactes faites de cellules de Unna. Certaines thèques sont achromiques, d'autres sont mélanifères ; la prolifération est active. Il existe de nombreux bourgeons évolutifs dans la zone de jonction. Sur les bords de la tumeur il existe des cimetières de pigment ».

Cette malade est régulièrement surveillée par son médecin traitant, M. le Docteur Souyri, de St Mamet, qui nous la renvoie en avril 1951 parce qu'est apparu un petit ganglion préauriculaire droit satellité de la lésion enlevée.

La malade est alors adressée pour avis à M. le Professeur Degos qui nous répond : « Le cas est assurément

très grave, d'autant plus qu'il est impossible de faire un curage ganglionnaire important dans cette région préauriculaire où les lymphatiques plongent dans la profondeur et vers la parotide ».

M. le Professeur Degos nous conseille :

1° - De faire enlever chirurgicalement le ganglion, ce qui a été fait très largement le 20 avril 1951 par M. le Docteur Dupuy, chirurgien à Aurillac.

2° - De faire pratiquer dès le surlendemain de l'opération une radiothérapie intense de 3.000 r répartis en 10 séances de 300 r, espacés de 48 heures entre les cinq premières séances deux fois par semaine pour les séances suivantes. Bien que la cicatrisation du naevo-carcinome lui ait paru parfaite, M. le Professeur Degos demande que la radiothérapie intéresse la zone entre le ganglion enlevé et la cicatrice et même celle-ci.

Les soins radiothérapiques ont été appliqués scrupuleusement par M. le Docteur Leşme, d'Aurillac.

Le résultat de ce traitement mixte a été excellent.

Mme C. a eu pendant quelques semaines une paralysie du filet supérieur du facial droit avec signe de Charles Bell, paralysie qui devait assez rapidement régresser.

La guérison s'est maintenue parfaite et la malade revue très récemment, pour la rédaction de cette thèse, est en parfait état et a une activité tout à fait normale pour son âge.

OBSERVATION N° III

Madame M. Andrée, née en 1921, nous est envoyée le 2 septembre 1953 par M. le Docteur Godenèche, de Riom-ès-Montagnes, pour « une petite tuméfaction bien noire de son cou de pied droit ».

Cette lésion qui est de la taille d'une noisette est enlevée très largement par électro-coagulation sous anesthésie locale.

La pièce a été envoyée à M. le Professeur Duperrat dont voici la réponse (n° 43 153) : « La tumeur a été coupée en plusieurs tranches. On trouve une multitude de thèques naeviques disséminés dans le derme. Elles proviennent de la jonction dermo-épidermique. Le pigment mélanique est réparti de la façon la plus capricieuse. Certaines thèques sont le siège d'une prolifération anarchique. Il s'agit d'un naevo-carcinome mélanique ».

Comme on perçoit quelques petits ganglions, d'apparence d'ailleurs banale, de la région inguinale droite, la malade est adressée pour curage ganglionnaire à M. le Professeur Redon, à l'Institut Gustave Roussy. Après quelque retard, dû aux hésitations de la malade qui ne comprend pas la nécessité de cet acte chirurgical, Madame M. est opérée fin octobre 1953.

L'examen histologique montre un envahissement, toutefois discret, de deux des huit ganglions prélevés.

En même temps, le professeur Redon réséquait la cicatrice du cou de pied qui lui paraissait un peu chéloïdienne et dont l'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un simple bourgeon charnu à l'exclusion de toute récurrence locale.

Depuis la fin 1953, Madame M. a pu vaquer à toutes ses occupations et élever ses deux filles, mais en avril 1957 la partie inférieure de sa cicatrice inguinale ayant proliféré, M. le Docteur Godenèche l'adresse à nouveau à M. le Professeur Redon qui a largement réséqué cette zone suspecte dont l'analyse histologique montra malheureusement la nature naevo-carcinomateuse.

Aucun autre traitement ne fut conseillé, et Madame M. est décédée de sa récurrence néoplasique en septembre 1958.

OBSERVATION N° IV

Monsieur F. Jean, né en 1884, vient nous consulter le 24 novembre 1953 pour une volumineuse tumeur noire de la joue gauche, proliférant depuis des années, mamelonnée et entourée d'une aréole rouge. Il est difficile de faire préciser au malade le mode d'évolution de cette tumeur qui, lorsque nous la voyons, a un diamètre de 6 cm. L'ablation en est faite largement à l'électrocoagulation sous anesthésie générale (Dr Suzanne Andrieu). L'examen histologique (Dr Duperrat) donne le résultat suivant (n° 44 836) : « La coupe montre un naevus mélanique du type naevus de jonction. Les thèques apparaissent fort vastes et fort compactes. Elles sont constituées par de grandes cellules fusiformes comportant des inégalités nucléaires et surtout comportant des mitoses. Dans le derme profond et dans l'hypoderme, on trouve de véritables cimetières de pigment. Naevo-carcinome mélanique à cellules fusiformes ».

Etant donné l'ancienneté et, l'importance de la lésion cutanée, étant donné que la palpation montrait dans la région sous-angulo-maxillaire de petits ganglions, d'ailleurs d'ailleurs fort banale, Monsieur F. fut adressé à M. le Professeur Redon qui pratiqua un curage jugulo-maxillaire en décembre 1953. Il enleva cinq petits ganglions de la région jugulaire, la glande sous-maxillaire et quatre ganglions situés à son voisinage.

Tous ces ganglions soigneusement examinés par M. le Professeur Delarue ont montré une structure normale et l'absence de métastase.

Monsieur F. fut très soigneusement suivi par son médecin traitant, M. le Docteur Viguier, de Mur-de-Barrez.

L'état local est actuellement parfait. Il n'y a jamais eu de récurrence, et cet homme de 74 ans, opéré il y a cinq ans de cette très vaste et volumineuse tumeur proliférante, est actuellement en excellent état.

OBSERVATION N° V

Madame B. Mathilde, née en 1917, nous est adressée le 25 novembre 1953 par M. le Docteur Servet de Pleaux pour « une petite tumeur arrondie de la lèvre supérieure qui, depuis de nombreux mois, a augmenté de volume et s'est étendue ».

Cette tumeur, qui mesurait 4 cm de diamètre et siégeait sur la lèvre supérieure, indolente et sans adénopathie perceptible, est très largement enlevée, à l'électrocoagulation sous anesthésie générale (Dr S. Andrieu).

Le Dr Duperrat nous envoie la réponse suivante (n° 44 874) : « Naevo-carcinome. On observe un tissu naevique extrêmement abondant riche en mélanine.

A noter qu'il s'agit d'un naevus dermique et non d'un naevus de jonction. Dans la partie la plus superficielle, il existe de vastes lacunes sanguines lesquelles sont bordées directement par le tissu néoplasique. Mais ces lacunes n'existent qu'en surface et non en profondeur. En outre, un caractère particulier est la morphologie fusiforme des cellules, tout au moins de la plupart des cellules.

Conclusion : Naevo-carcinome à cellules fusiformes. Il y a à la fois des facteurs favorables et des facteurs défavorables : parmi les premiers : la limitation exacte et nette en profondeur ; parmi les seconds : l'augmentation des vaisseaux du stroma ».

Madame B. fut adressée à M. le Professeur Redon pour curage ganglionnaire qui fut pratiqué fin décembre 1953. Quinze ganglions furent prélevés. Aucun n'était le siège de métastases.

Madame B. a été revue tout récemment, la cicatrice est excellente et à peine visible, l'état local est parfait, l'état général aussi et cette mère de famille nombreuse vaque tout à fait normalement à ses occupations.

OBSERVATIONS N° VI

Madame P. Yvonne, née en 1913, nous est adressée le 6 septembre 1955 par le Docteur H. Serre de Cheylade, pour deux naevi pigmentaires de la joue droite qui sont enlevés simultanément à l'anesthésie locale et envoyés pour examen histologique à Monsieur le Dr Duperrat qui nous répond (N° 59 934) : « Le naevus supérieur, le plus volumineux d'un diamètre de 2 cm, apparemment peu évolutif, est en voie de transformation.

On observe une masse cellulaire naevique très compacte possédant un abondant pigment mélanique. Ce tissu est peu homogène, certainement en voie de croissance. La fertilité de la zone de jonction est évidente. Le stroma apparaît très vasculaire, et il y a un début d'envahissement du tissu graisseux. Il s'agit d'un naevus mélanique en cours de transformation maligne ».

Depuis lors cette dame a été régulièrement suivie par le Dr H. Serre.

Les cicatrices sont toutes les deux excellentes, souples, linéaires, quasi invisibles. Il n'y a jamais eu d'adénopathie et la guérison définitive paraît assurée.

OBSERVATION N° VII

Madame E., née en 1904, nous est envoyée le 23 novembre 1955 par M. le Docteur François Delrieux de Neusargues pour une volumineuse tumeur noire ulcérée en surface, évoluant depuis 2 ans, à la partie inféro-interne de la jambe gauche, d'un diamètre de 35 mm. Il n'y a pas d'adénopathie inguinale. La tumeur est enlevée largement, à l'électro-coagulation sous anesthésie générale (Dr S. Andrieu).

Elle est envoyée à M. le Professeur Duperrat dont voici la réponse (n° 62 041) : « La tumeur est ulcérée en surface. Elle est constituée par des thèques énormes. Les cellules de Unna affectent le plus grand polymorphisme. Elles sont riches en pigment intra-cellulaire. Je constate la présence d'embolies dans les lymphatiques.

Conclusion : Naevo-carcinome mélanique avec dissémination dans les capillaires lymphatiques ».

En raison de ces métastases lymphatiques, et bien qu'il n'y ait eu aucune adénopathie inguinale perceptible, nous conseillons formellement le curage ganglionnaire inguinal. Madame E. s'y est résolument opposé.

Deux mois après l'intervention, et malgré l'étendue de l'excision locale faite, répétons-le, sous anesthésie générale, est apparue une récurrence sur la cicatrice. Cette récurrence a pris très vite une extension considérable toujours sans réaction ganglionnaire.

Au bout de quelques mois les lésions de la jambe avaient une extension, un bourgeonnement, une odeur tellement répugnante que l'on a pratiqué une amputation de cuisse au tiers moyen comme opération de propreté.

Deux mois après, atteinte ganglionnaire massive et bourgeons sur la cicatrice d'amputation.

Mort rapide dans une extrême cachexie.

OBSERVATION N° VIII

Monsieur B. Michel, né en 1910, ouvrier agricole, nous est envoyé le 22 mai 1956 par le Docteur J. Meyniel, de St Cernin, pour une volumineuse tumeur pédiculée du rebord mentonnier droit située au bord inférieur du maxillaire, à la partie moyenne de la branche horizontale. Il n'y a pas d'adénopathie satellite perceptible. Cette tumeur pédiculée, d'une longueur de 5 cm, plus volumineuse à son extrémité distale, en battant de cloche, ulcérée en cette

extrémité, serait apparue en deux ans sur une tache pigmentaire. Actuellement on ne voit aucune trace de lésion pigmentaire. La tumeur est enlevée largement à l'électrocoagulation sous anesthésie locale, en passant très en dehors de la base d'implantation, d'ailleurs relativement étroite, puisque, le diamètre de la plaie opératoire n'est que de trois cm environ. Cette lésion assez curieuse dans son aspect et son histoire clinique, est envoyée à M. le Professeur Duperrat, qui répond (n° 67 070) : « Lésion pédiculée de la joue. La lésion ne comporte probablement pas de pigment mélanique. Elle est constituée par une très importante prolifération de cellules qui ont les caractères des cellules naeviques. Celles-ci sont situées fort avant dans le derme mais viennent au contact de l'épiderme qui est aminci et même ulcéré. La prolifération est très active, aussi bien dans la zone de jonction que dans le derme. La tumeur est remarquable par le nombre élevé des monstruosité nucléaires et par la taille considérable des nucléoles dans les noyaux. Il s'agit d'un naevo-carcinome. La limite d'ablation passe en profondeur à distance de celle de la tumeur ».

Bien qu'il n'y ait aucune adénopathie perceptible, en raison de l'ancienneté de la lésion, le malade est envoyé à l'Hôpital d'Aurillac, service de M. le Docteur J. Ferrière, pour traitement radiothérapique de sécurité (4.600 r.)

Malgré ce traitement et même pendant qu'il est appliqué, apparaît une adénopathie sous-angulo-maxillaire droite. Le malade est alors confié à M. le Docteur Belcour qui procède à un curage cervical élargi le 1^{er} septembre 1956.

Les ganglions prélevés sont envoyés à M. le Docteur Duperrat qui répond que : « seul le plus gros ganglion est le siège d'une large métastase du naevo-carcinome ». (n° 69 618).

M. B. sort de l'Hôpital le 9 janvier 1957 pour revenir dans sa famille.

Quelques jours plus tard, étant en promenade à Montpellier où il rendait visite à son frère, il fait une chute avec perte de connaissance. Il est hospitalisé dans le service de

M. le Professeur Aimes où l'on constate le lendemain matin un état d'agitation extrême, et un Babinski bilatéral, mais le malade récupère rapidement et rentre chez lui dans la journée. Le 27 janvier 1957, dans la rue, deuxième crise comitiale avec perte de connaissance, ce qui motive l'hospitalisation d'urgence dans le service de neurologie, de l'Hôpital de Montpellier, où l'on constate un Babinski bilatéral transitoire, et à l'électro-encéphalogramme des ondes lentes temporo-frontales droites. La radiographie et l'artériographie du crâne ne montrent rien. On pense à une métastase intracérébrale et on institue un traitement de radiothérapie profonde sur la région temporale droite. Le malade reçoit au total 4.000 r. Il sort de l'Hôpital mais y est envoyé à nouveau le 8 mars 1957, et, le 3 avril, on constate une stase papillaire bilatérale en voie d'évolution. Le 13 juin 1957, Monsieur B. est opéré par M. le Professeur Gros pour une métastase fronto-insulaire, intervention qui entraîne une hémiplégie franche.

Il est alors muté dans le « Centre de lutte radiothérapique contre le cancer » dirigé par M. le Professeur Lamarque où il est confié à M. le Docteur Gary-Bobo qui fait un traitement de télé-cobalt-thérapie (Dose totale : 4.500 r.)

Monsieur B. est mort très rapidement.

OBSERVATION N° IX

Monsieur P. Raymond, né en 1919, nous est adressé le 22 août 1956 par M. le Docteur A. Gras, de Murat, pour une tumeur noire de 4 cm de diamètre, située à l'angle de la machoire droite.

Cette lésion est apparue 10 ans auparavant et a inquiété M. P. par la gêne qu'elle occasionnait pour se raser. Il la sectionnait et la faisait saigner. Il l'a montrée à un médecin qui, 6 fois au total, l'a « brûlée à l'électricité ». Mais, dit le malade « chaque fois ça récidivait plus

gros ». La dernière cautérisation a eu lieu quelques semaines avant que M. le Docteur Gras nous adresse le malade et depuis cette dernière « intervention » le volume de la lésion s'était nettement accru.

Pas d'adénopathie perceptible.

Ablation large sous anesthésie générale (Dr S. Andrieu).

Le Docteur Duperrat nous répond (n° 69 398) : « La prolifération compacte est faite de cellules naeviques. Ces dernières présentent de constantes variations de taille et de forme. La mélanine est fort abondante. Elle se dispose en mottes volumineuses.

Il s'agit d'un naevo-carcinome en évolution ».

Revu plusieurs fois après l'intervention, M. P. avait une cicatrice linéaire, fine, blanche, souple.

Il n'a jamais eu d'adénopathie.

Mais, en mai 1958, il s'est plaint de douleurs dorsales, violentes qui ont fait penser à une possible métastase vertébrale. L'examen clinique, neurologique a été négatif et l'est resté à plusieurs reprises. L'examen radiologique n'a jamais montré la moindre altération osseuse, même sur les tomographies. M. P. a quitté l'Hôpital sans diagnostic précis, ayant été vu par un chirurgien qui a éliminé toute affection vertébrale.

Nous avons appris qu'il était mort en août 1958.

OBSERVATION N° X

Madame V. Mélanie, née en 1883, nous est adressée le 12 juillet 1958 par M. le Docteur Sabatier, de Mur-de-Barrez, pour une tumeur pédiculée de la région cervicale droite, ulcérée à son extrémité, que nous enlevons largement avec sa base d'implantation à l'anesthésie locale, l'état cardio-pulmonaire de la malade contre-indiquant l'anesthésie générale.

Pas d'adénopathie.

Le Docteur Duperrat nous répond (n° 90 533) : « La coupe montre un naevo-carcinome pédiculé, ulcéré en surface. Le tissu est modifié du fait de l'ulcération et de la surinfection. Les cellules sont franchement fusiformes. Elles ne renferment que peu de pigments. L'activité cellulaire paraît notable. A remarquer que la zone de jonction n'y participe pas ».

OBSERVATION N° XI

Monsieur P. Henri, né en 1885, nous est adressé le 1-9-1958 par M. le Docteur Laygue, d'Argentat, pour un nodule violacé saillant, de 15 mm de diamètre, apparu depuis 6 semaines sur une tache noire préexistante à la joue droite.

Ablation large sous anesthésie locale.

Histologie (Dr Duperrat) (n° 91 838) : « La coupe montre un mélanome compact en dôme. Les cellules sont tassées les unes contre les autres, affectant volontiers une forme en fuseau. Les noyaux sont de taille variable. Le pigment est fort irrégulier. La tranche de section passe bien au large. Naevo-carcinome mélanique en évolution ».

Nous devions revoir le 30-10-1958, M. P. pour lui enlever une lésion suspecte de la pointe du nez qui s'est révélée un papillome en voie de transformation néoplasique. A cette occasion, nous avons vérifié à nouveau l'absence de toute adénopathie.

OBSERVATION N° XII

Madame A. née en 1930, vient nous consulter le 22 novembre 1958 pour une toute petite lésion noire de 5 mm de diamètre à la jambe droite, lésion qui, depuis quelques semaines, s'est à peine surélevée.

Cliniquement on pourrait douter de la nature de la lésion. Pas d'adénopathie.

Nous expliquons le problème à la malade pour justifier l'importance et l'étendue de notre excision faite par électro-coagulation sous anesthésie locale.

Réponse du Dr Duperrat (n° 94 529) : « Le diagnostic histologique ne laisse aucun doute. Les thèques mélaniques présentent une prolifération active. Les cellules offrent de grandes variations de taille. Enfin la zone de jonction est en pleine activité. Il s'agit d'un naevo-carcinome mélanique ».

Le diagnostic histologique, qui est ici presque une surprise, confirmerait, s'il était besoin, la prudence qui doit être de mise devant toute modification, si minime soit-elle, d'un naevus pigmentaire.



LE TABLEAU SUIVANT
RESUME L'ESSENTIEL DE NOS DOUZE OBSERVATIONS



Cas	Noms	Année de nais.	Date de l'inter.	Anest.	Siège du N. C.
N° I	Mme S.	1874	1950 1952 1953	L	main
N° II	Mme C.	1893	1950	L	visage
N° III	Mme M.	1921	1953	L	jambe
N° IV	M. F.	1884	1953	G	visage
N° V	Mme B.	1917	1953	G	visage
N° VI	Mme P.	1913	1955	L	visage
N° VII	Mme E.	1904	1955	G	jambe
N° VIII	M. B.	1910	1956	L	visage
N° IX	M. P.	1919	1956	G	visage
N° X	Mme V.	1883	1958	L	visage
N° XI	M. P.	1885	1958	L	visage
N° XII	Mme A.	1930	1958	L	jambe

Radiot. compl.	Adénopathies	Etat actuel	Observations
+	0	T. B.	
	Ablation d'un gan- gion préauriculaire (1951) puis radiothé- rapie.	T. B.	
	Curage inguinal ganglions envahis	+ 1958	
	curage cervical ganglions indemnes	T. B.	
	curage cervical ganglions indemnes	T. B.	
	0	T. B.	
		+ 1956	a refusé le curage gan- gionnaire conseillé mal- gré l'absence clinique d'adénopathie.
+	métastase cervicale curage chirurgical	+ 1957	métastase cérébrale
	0	+ 1958	la cause de la mort de M. P. est imprécise.
	0		
	0		Ces trois cas sont trop récents pour juger de leur évolutivité.
	0		

Table des Matières



Notre statistique des tumeurs cutanées	15
Quelle conduite nous tenons devant un sujet suspect de naevo-carcinome	19
Observations	25
Tableau	40

